

**DOMANDA DI ISCRIZIONE****DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Anno di Laurea \_\_\_\_\_ Specializzato in Cardiologia  SI  NO

Altre specializzazioni \_\_\_\_\_ Anno di specializzazione \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**COLLOCAZIONE PROFESSIONALE****Ruolo:**  Cardiologo  Medico Internista  Laureato non medico  
 Infermiere  Tecnico  Ingegnere  Altro**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Privata convenzionata  
 Privata non convenzionata  Poliambulatorio  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Nome del Primario o facente funzione \_\_\_\_\_

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) \_\_\_\_\_

**Presidio in cui svolge attività lavorativa principale:**

Denominazione \_\_\_\_\_

Divisione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Qualifica:** Direttore Struttura Complessa  Dirigente Struttura Semplice  Dirigente Medico  
 Prof. Ordinario  Prof. Associato  
 Ricercatore – Borsista – Medico in formazione  
 Medico di Medicina Generale  Infermiere  Tecnico  
 Altro \_\_\_\_\_**In quiescenza:**  Non di ruolo:

**ESEGUE IN PRIMA PERSONA O PARTECIPA ALL'ESECUZIONE DI:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impianto pacemaker provvisorio             | <input type="checkbox"/> Impianto pacemaker definitivo                     |
| <input type="checkbox"/> Impianto defibrillatore                    | <input type="checkbox"/> Sostituzione defibrillatore                       |
| <input type="checkbox"/> Sostituzione pacemaker                     | <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico per bradiaritmie        |
| <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico per tachiaritmie | <input type="checkbox"/> Cardioversione elettrica trans toracica           |
| <input type="checkbox"/> Cardioversione elettrica endocavitaria     | <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di T.P.S.V.             |
| <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di F.A.          | <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di aritmie ventricolari |
| <input type="checkbox"/> Ablazione chirurgica di aritmie            | <input type="checkbox"/> Estrazione transvenosa elettrocateretri           |
| <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico transesofageo    | <input type="checkbox"/> Tilt test   |
| <input type="checkbox"/> Controllo pacemaker                        | <input type="checkbox"/> Controllo defibrillatore impiantabile             |

**Dichiara di essere iscritto alle seguenti associazioni mediche**

ANCE  ANMCO  SIC  Altre Società \_\_\_\_\_

Allega un breve curriculum vitae della propria attività clinica e scientifica svolta nel campo dell'Elettrostimolazione Cardiaca.

**CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – L. 675/1996 (LEGGE SULLA PRIVACY)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dò il consenso a che i miei dati personali possano essere inseriti nell'elenco degli iscritti all'AIAC. Tali dati potranno essere pubblicati su supporto cartaceo ed in forma telematica e comunicati a terzi che operano nel settore inerente all'aritmologia e cardiostimolazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Presidente Regionale AIAC \_\_\_\_\_

della Regione \_\_\_\_\_ dichiara che il richiedente in base allo statuto e ai regolamenti dell'Associazione può essere iscritto all'Albo dei Soci AIAC.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Presidente Regionale \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'AIAC**

Domanda accolta in data \_\_\_\_\_

con qualifica di  Socio ordinario  Socio aggregato  Socio onorario

Username \_\_\_\_\_ Password \_\_\_\_\_

Il Segretario Nazionale \_\_\_\_\_